



QUESTIONNAIRE MEDICAL

*Les informations du présent questionnaire sont indispensables pour mieux vous soigner.
Elles resteront confidentielles.*

Nom et Prénom :
Adresse complète :
Code Postal : Ville :
Tél Domicile : Portable : Travail :
Date de naissance : Adressé par :

Veillez s'il vous plait répondre aux questions ci-dessous :

Médecin traitant :
Date du dernier examen médical : et sanguin :
Pensez-vous être en bonne santé ?
Avez vous été gravement malade ?
Avez-vous subi une opération grave ? Laquelle ?

Etes vous actuellement en traitement médical, pour l'un des problèmes suivants :

Maladie cardiaque :	Maladie du sang :
Rhumatismes articulaires aigus :	Hémophilie :
Hépatite virale :	Insuffisance respiratoire :
Maladie nerveuse :	Herpès :
Maladie des reins :	Allergies :
Maladie vénérienne :	Maladie du foie :
Diabète :	Ostéoporose :

Etes vous allergique : à la pénicilline ? à l'aspirine ? à d'autres médicaments ?

Etes vous allergique au latex ?

Portez vous une prothèse fonctionnelle (col du fémur, rotule, etc.) ?

Etes vous enceinte ? Portez vous un stérilet ?

Actuellement, prenez vous un des médicaments suivants :

Médicaments pour les nerfs :	Sulfamides :
Pilule :	Cortisone :
Aspirine :	Insuline :
Anti-inflammatoires :	Antibiotiques :
Biophosphonates (Fosamax, Actonel...) :	
Autre(s) :	

A.....

Signature du patient

Le.....